

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

**Acceso a tratamiento antirretroviral de las personas con VIH y sida que  
viven en condición de calle como Derecho Humano a la Salud**

---

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

Estudiante

**Hellen Cordero Araya**

Agosto 2010

## **INDICE**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPITULO I</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Introducción</b>  | <b>2</b>  |
| Acceso a tratamiento antirretroviral de las personas con sida que viven en condición de calle como Derecho Humano a la Salud | 2         |
| Planteamiento del problema   | 5         |
| Objetivo General   | 6         |
| Objetivos Específicos  | 6         |
| <b>CAPITULO II</b>   | <b>7</b>  |
| <b>Marco Teórico</b>   | <b>7</b>  |
| Vivir con VIH o con sida   | 8         |
| Carga viral  | 11        |
| Linfocitos T4 (CD4)  | 12        |
| Tratamiento o Terapia Antirretroviral (TARV)   | 12        |
| Adherencia   | 13        |
| Las personas habitantes en calle   | 14        |
| La Reducción del Daño  | 16        |
| El estigma y la discriminación   | 20        |
| La negación de la TARV como violación de derechos  | 21        |
| La salud como derecho constitucional y como derecho humano   | 22        |
| Negación de la TARV en el derecho costarricense  | 26        |
| Resoluciones de la Sala Constitucional   | 26        |
| Eficiencia, eficacia, continuidad, regularidad y adaptación en los servicios públicos de salud                               | 27        |
| <b>CAPITULO III</b>  | <b>31</b> |
| <b>Abordaje metodológico</b>   | <b>31</b> |
| Análisis de las entrevistas a contactos clave  | 32        |
| Análisis de las entrevistas a personas en condición de calle   | 36        |
| Análisis de las sesiones grupales  | 37        |
| <b>CAPITULO IV</b>   | <b>41</b> |
| <b>Conclusiones</b>  | <b>41</b> |
| <b>Recomendaciones</b>   | <b>43</b> |
| <b>Bibliografía</b>  | <b>46</b> |

## **CAPITULO I**

### **Introducción**

#### **Acceso a tratamiento antirretroviral de las personas con sida que viven en condición de calle como Derecho Humano a la Salud**

La presencia de personas que viven en condición de calle en nuestro país es cada vez más frecuente, cada día es más grande el número de personas que encontramos deambulando por las calles sin tener un techo donde pasar la noche, sin empleo y sin posibilidades de alimentación y menos pensar en atención médica. Una parte importante de esta población se encuentra además desprovista de todo tipo de redes de apoyo, siendo para muchos la “parte fea” de las ciudades, casi que no personas.

Solo gracias a la sensibilidad social de diversas organizaciones es que se logra brindar algunos servicios de atención básica a personas que viven en esta condición, de manera que se sientan dignificados y reconocidos como individuos también de la sociedad.

Una de estas iniciativas la brinda el Hogar de la Esperanza, centro ubicado en Paso Ancho, San José, cuya experiencia en atención y acompañamiento a las personas con VIH y sida tiene más de 15 años. Esta institución ha ido cambiando los procesos de intervención de acuerdo con las diversas experiencias y con las respuestas que el mismo virus va imponiendo en su desarrollo y evolución.

En esta organización se ha privilegiado a la población vulnerable, habitantes de calle, en su mayoría farmacodependientes, con prácticas sexuales de riesgo, alto grado de desnutrición y exclusión grave que incluye, entre otras situaciones críticas asociadas: salud deteriorada, baja educación, limitadas oportunidades laborales, exclusión familiar y social.

Por las características de estas poblaciones, el Hogar de la Esperanza (HDE) se ha convertido en una Comunidad Terapéutica y ha extendido su radio de acción a las comunidades reales locales, mediante dispositivos denominados Carpas que se realizan en el Centro de San José, frente a la Parroquia La Dolorosa; Barrio La Cruz, en la Calle Lomas de Ocloro. Estas experiencias se han venido ampliando en otras comunidades y escenarios como: San Ramón, Turrialba, Guápiles, Coronado y San Isidro del General Pérez Zeledón.

Para lograr la inserción en las comunidades locales, el HDE ha establecido diversos dispositivos denominados Carpas; estos son espacios de bajo umbral, de escucha y atención a los habitantes en condición de calle, situaciones de farmacodependencia, alcoholismo, ITS, conductas sexuales de riesgo entre otras. Este dispositivo posee encuadres que van desde instalar las Carpas e indicar a los beneficiarios las normas mínimas de convivencia, hasta brindarles un desayuno a cambio de una cuota simbólica, todo esto con la intención de empoderar principios de responsabilidad y solidaridad, de manera que la persona que no tiene para pagar su cuota sea solidariamente invitada por otra.

Es importante mencionar que los habitantes de calle poseen una condición de salud deteriorada, la cual se manifiesta en: infecciones de transmisión sexual, VIH y sida, sífilis, gonorrea, herpes, entre otras; tuberculosis, desnutrición, patologías del sistema nervioso central, además de situaciones psicosociales y espirituales.

En el HDE se ha establecido un modelo de intervención comunitaria que permite, como Comunidad Terapéutica, tener una estrecha relación con las comunidades locales, donde se capacita permanentemente a equipos voluntarios y operadores de calle, en aspectos de VIH, Sida, ITS, farmacodependencias, sexualidad, espacios de escucha entre otras.

Cuando el espacio en el HDE no es suficiente, se coordina con el Centro de Dormitorio de la Municipalidad de San José, para que puedan acceder a un lugar donde pernoctar, y con quienes se ha coordinado un seguimiento especial para las personas seropositivas que están con TARV.

Por otro lado, se ha establecido desde el inicio de las Carpas, tanto en el centro de San José como en Barrio La Cruz, una labor de vinculación y apoyo con el HDE; es desde ahí que un equipo de residentes del Hogar realiza los preparativos para el desayuno de cada Carpa, son ellos mismos quienes brindan apoyo en la repartición de los alimentos. Por otra parte, ya en la Carpa, bajo un espacio de seguridad y escucha y partiendo de las demandas de las personas, se llevan a cabo acciones de sensibilización y educación sobre la importancia de mantener una sexualidad segura y responsable, así como la realización de controles médicos y pruebas para la detección del VIH y de otras ITS.

En esta labor de acompañamiento se ha logrado captar el interés de diversas personas de realizarse dichos controles, sobre todo la necesidad de hacerse acompañar y de llevar la orientación respectiva. Una vez vinculada la persona al Hogar, se continúa con la educación y sensibilización, se realizan trámites de documentación personal y el acercamiento a la Unidad de Control de Sida e ITS del Ministerio de Salud para dichos exámenes. El Equipo Interdisciplinario y los operadores del HDE brindan apoyo y soporte a la persona antes, durante y después de las pruebas. Este proceso ha facilitado la captación de personas que han dado resultado positivo en las pruebas de tamizaje para VIH y otras enfermedades infectocontagiosas como la Tuberculosis o diversas ITS, dentro de las que se destacan la Sífilis y la Gonorrea.

Después de obtenidos los resultados, se procede a la canalización y derivación de la persona a Centros de Salud o Clínicas de VIH de la Caja de Seguro Social, además de continuar con acciones y estrategias educativas de seguimiento para la reducción del daño y la rehabilitación.

Ante las diversas situaciones e impulsados por la necesidad, la organización ha optado por la conformación de un Equipo de Operadores bajo el proyecto denominado “Acompañamiento Solidario”, de manera que al llegar a esta población se atiendan necesidades básicas, se dé prevención de enfermedades y promoción de la salud y así dar inicio a la rehabilitación, para la reinserción en la sociedad.

El abordaje que brinda esta institución a la población en condición de calle tiene como base fundamental un Modelo de Reducción de Daño, re posicionando al individuo y reconociéndole de manera integral como sujeto de derechos.

### ***Planteamiento del problema***

Una de las poblaciones que también vive situaciones de VIH y sida es la que se encuentra en condición de calle. Aparte de las condiciones de vida denigrantes que ya de por sí implican ese estilo de vida y el verse con la imposibilidad de tener acceso a servicios de salud básicos, más aún, si se está ante la presencia de una infección crónica como lo es el VIH, se convierten en elementos que agreden y dañan a estas personas.

El Estado costarricense, a diferencia de muchos otros del mundo, cuenta con cobertura universal de tratamiento antirretroviral para todas las personas que así lo requieran. Sin embargo, en la práctica se niega dicho acceso a las personas que se encuentran por uno u otro motivo en condición de callejización.

Ante esta situación es oportuno investigar sobre lo siguiente: ¿se viola el derecho humano a la salud de las personas que habitan en condición de calle al negárseles el derecho al tratamiento?; ¿tiene fundamentación dicha negación, y de tenerla qué tipo de fundamentación es?; ¿qué propuestas se pueden desarrollar para superar los obstáculos señalados y lograr acceso y adherencia efectiva para estas personas?

***Objetivo General***

Contribuir en la construcción de procedimientos para que personas en condición de calle puedan recibir y adherirse al TARV

***Objetivos Específicos***

- Determinar si existe violación del derecho humano a la salud de personas que habitan en condición de calle al negárseles el derecho al tratamiento.
- Definir si dicha negación tiene fundamentación y qué tipo de fundamentación es.
- Establecer propuestas para superar los obstáculos señalados y lograr acceso y adherencia efectiva para estas personas.

## **CAPITULO II**

### **Marco Teórico**

Todo ser humano, por el simple hecho de serlo, tiene una serie de derechos que le dignifican y le permiten el máximo desarrollo tanto individual como colectivo. Esta condición humana le reconoce su acceso a exigir el cumplimiento de todos los derechos, cualquiera que sea la condición o la situación en que viva.

Mayor significancia obtienen estos derechos cuando por uno u otro motivo han sido coartados, dejando a los titulares de los mismos en condición de desventaja e incluso de inferioridad. Precisamente en esta investigación se abordará población que por su condición particular se encuentra en desventaja con respecto al disfrute de ciertos derechos fundamentales.

El sujeto de esta investigación es la persona habitante en calle o en situación de callejización, también llamada población indigente por algunos autores. Se prefiere el término persona habitante en calle porque, aun cuando todas se encuentran en una situación de desventaja social que se podría denominar de exclusión, la palabra indigente se encuentra asociada en el imaginario del costarricense con aquella persona que pide limosna en los espacios públicos, siendo que no todas éstas son habitantes en calle.

Se presenta como base fundamental un modelo de atención creado para dar soporte a una población como la habitante en calle, modelo que intenta reducir el daño causado por ciertas prácticas y actitudes, así como conducir a la rehabilitación y, consecuentemente, a conseguir condiciones de vida digna para las personas que viven en estas condiciones.

Finalmente se plantearán algunos conceptos relacionados con las actitudes y prácticas que sustentan la negación de los derechos humanos, tales como la discriminación y el estigma, lo cual se confrontará más adelante con el fundamento que ofrecen las diferentes convenciones y directrices internacionales para que estos derechos sean garantizados a todas las personas.



Por definición, los derechos humanos son generales y universales: generales en cuanto a su contenido, y universales por el campo de actuación. Ellos consideran al hombre como ser social y como ser individual. “Los Derechos Humanos representan un elemento nuevo en el desarrollo de la humanidad y en la vida de la sociedad humana, pues significan una nueva era en las relaciones internacionales, y en el reconocimiento de la dignidad de todos los hombres, mujeres y varones, a nivel mundial” (Ruiz, et. al. 2001).

### ***Vivir con VIH o con sida***

Cuando una persona recibe un diagnóstico positivo de VIH, el mundo de ese individuo se ve transformado por completo. Sin querer profundizar en las diversas reacciones que pueden tener las personas ante un diagnóstico de esa magnitud, se pueden encontrar desde la negación hasta el shock inicial de encontrarse ante una situación de salud que le acompañará durante toda la vida. Al ser una enfermedad tratable mas no curable, le otorga una serie de elementos que por un lado le permitirán a la persona vivir bien y con calidad, pero que por otro incluye hacer modificaciones, adoptar y adaptarse a un nuevo estilo de vida, lo que implica un re aprendizaje, un reacomodo a una nueva forma de vivir ante una enfermedad que más que terminal es crónica. Es esta misma cronicidad la que hace que la vida de la persona se vea modificada; de lo contrario el organismo no tendrá los factores de protección adecuados y se podría deteriorar cada día más.

Al atacar el sistema de defensas del organismo, el VIH hace que la persona sea endeble a una serie de infecciones por virus, hongos y bacterias, algunas de las cuales ponen en peligro la vida. El estado de vulnerabilidad se acrecienta cuando la población debe hacer o hace uso de los medicamentos, ya que se enfrenta al impacto físico provocado por algunos de los fármacos que se combinan en la terapia antirretroviral, además de los padecimientos ocasionados por enfermedades oportunistas; en el ámbito social la vulnerabilidad se incrementa en el contexto donde se desenvuelve el individuo y donde establece múltiples relaciones a través de sus redes; y en lo psicoemocional se esboza en la diversidad de emociones, sensaciones, sentimientos y reacciones que experimenta la persona.

Aparte de todas las implicaciones físicas y biológicas que conlleva el VIH o más aún el sida, esta enfermedad tiene un elemento que la hace más compleja y es el estado de vulnerabilidad promovido por las representaciones sociales que se tiene en torno al tema; estas constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal, (Moscovici, 1999) expresados en términos de exclusión y estigmatización, considerado desde la perspectiva de Goffman (2006) como un atributo que desacredita de forma significativa ante los ojos de la sociedad y conduce a una reducción de la persona que lo posee, expresado en los mitos y tabúes que la misma ha ido creando a través de esta pandemia.

El campo biofísico del sida se caracteriza por la manifestación clínica de diversas infecciones, porque las células de defensa están en niveles muy bajos y la carga de virus en sangre es muy alta. Sin el tratamiento respectivo los síntomas comienzan a aparecer, entre 3 y 5 años después de adquirida la infección (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2006).

La Terapia Antirretroviral (TARV) está indicada para personas que viven con sida y que tienen un recuento de CD4 de 350 células/mm<sup>3</sup> o inferior. Tiene como fin disminuir la progresión de la infección y la presencia de nuevas enfermedades oportunistas.

Los avances en el aspecto nutricional, en el estilo de vida, en el acompañamiento psicoemocional y espiritual, con el tratamiento oportuno de acuerdo con los protocolos establecidos, han llevado a que las personas que viven con el virus logren mantener un buen nivel de salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del SIDA (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2006).

Cuando la persona que vive con el VIH llega a disminuir su sistema de defensa en un promedio de 350 o menos, y se da un aumento de su carga viral, es cuando se hace necesario el uso de los medicamentos para la prolongación y calidad de vida, sin dejar de lado sus respectivos riesgos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2006).

En la actualidad una persona, después de haber alcanzado la etapa sida, logra con el tratamiento antirretroviral, con una buena nutrición, con el apoyo psicosocial y espiritual, que las células T

vuelvan a elevarse al nivel de la media poblacional y el número de virus en la sangre puede llegar de nuevo a ser tan bajo que no se logre detectar en el laboratorio, denominándosele indetectable. Si se logra esto, puede entonces decirse que la persona superó la fase temporal de sida y vuelve a gozar de una buena calidad de vida (ONUSIDA, 2006).

Por otro lado, en algunas personas no se logra alcanzar esta expectativa que brinda el tratamiento y se hacen presentes diversas fallas que repercuten directamente en la calidad de vida de la persona. Ante esto se requieren mayores estudios clínicos para diagnosticar qué tipo de falla está afectando a la persona.

A pesar de los múltiples esfuerzos que se realizan hay ocasiones en las que el TARV no tiene el efecto deseado sobre el individuo, acelerando el proceso de deterioro general.

Por su parte, las personas que sí logran asimilar el tratamiento entran en una nueva etapa: se viven nuevos riesgos que ponen en peligro la estabilidad alcanzada, tales como: creer que se ha superado el sida y que dada la evidente recuperación física *ya no hay que cuidarse tanto*, promoviendo nuevas conductas de riesgo que desfavorecen la adherencia. Además de que se mantienen las consecuencias del tratamiento esta situación desencadena en algunos casos, la pérdida de la vigilancia estricta del medicamento y la atención al proceso que sigue el virus dentro del organismo.

El dictamen de positividad se convierte, en muchos casos, en una inminencia que genera temor (vigilancia y compromiso), ansiedad (incertidumbre ante el futuro) y miedo (alteración emocional generalizada), no solo en el individuo afectado, sino en quienes le rodean, sean estos amigos, familiares, la comunidad y hasta la sociedad en pleno, ya que la información que las personas manejan sobre las implicaciones del VIH, las predisponen a creencias, categorizaciones y conductas (Beck, 2002) que pueden ser acertadas o erróneas; por ejemplo, las creencias distorsionadas de que el VIH es *un castigo*, o la percepción de que el diagnóstico es tan victimizante, que la persona se vuelva intolerante a cualquier frustración.

El síndrome se percibe como un interpelador, inclusive de las condiciones más íntimas de las personas (su cuidado personal, su autopercepción, sus conductas sexuales, la multiplicidad de

posibles síntomas, entre otros aspectos) y, como si fuera poco, muchas veces esta situación se asocia a otras condiciones agresivas, violentas o apáticas, traducidas en discriminación, estigmatización y exclusión.

### *Carga viral*

Para obtener una mayor comprensión del estado de vulnerabilidad y de riesgo de las personas que viven con el VIH y sida, se hace necesario conocer la carga viral (en adelante CV), la cual hace referencia a la cantidad actual de partículas virales encontradas en cada milímetro de sangre (DHHS, 2006). Dependiendo de la cantidad de CV, se puede determinar el estado de la enfermedad, la progresión y la efectividad del tratamiento. Se detecta por medio de un examen de laboratorio que puede medir la cantidad de VIH en la sangre humana.

Este examen permite conocer los niveles de VIH y el curso clínico de la infección; además, confirma el resultado de los tratamientos combinados de antirretrovirales con Inhibidores de la Proteasa (DHHS, 2006), monitoriza el tratamiento, es decir, señala cuándo se debe iniciar, grado de eficacia o fracaso, así como sus grados de resistencias, e indica cuándo se deben cambiar (DHHS, 2006). En resumen, el descenso de CV se vincula con una mejoría del estado de salud de la persona.

Se dice que una CV es indetectable cuando el nivel del VIH en la sangre es tan bajo que no puede ser medido con el examen. Este nivel de CV indetectable no significa que el virus ha desaparecido, así como su estado de vulnerabilidad y riesgo: sigue estando presente pero en cantidades menores a los rangos y niveles de detección del examen (DHHS, 2006).

El propósito del tratamiento antirretroviral es asegurar que la CV llegue a niveles indetectables por el mayor tiempo posible, ya que bajos niveles de CV pueden disminuir los riesgos de desarrollar sida y disminuir la posibilidad de desarrollar resistencia al tratamiento, si se siguen las indicaciones médicas. Sin embargo, a estas se unen una serie de factores que favorecen la disminución de la carga viral, dentro de los que se encuentran: una nutrición adecuada, un ambiente social y físico favorable y hábitos de vida saludables.

### ***Linfocitos T4 (CD4)***

Los linfocitos T4 o CD4, conocidos también como linfocitos T auxiliares, son células que forman parte del Sistema Inmunológico, las cuales utiliza el Virus de Inmunodeficiencia Humana como célula huésped para replicarse. Con el tiempo, el VIH destruye los CD4 debilitando el Sistema Inmune, dejando al organismo indefenso y sin capacidad para combatir las enfermedades oportunistas (DHHS, 2006).

Un recuento normal de células CD4 es de alrededor de 600 a 1500 células por milímetro cúbico de sangre (DHHS, 2006). La prueba de CD4 en personas infectadas, es una prueba sanguínea que mide el conteo de linfocitos T4 y además permite conocer la condición de salud en su estado de vulnerabilidad y prever el riesgo ante la posible presencia de enfermedades oportunistas.

### ***Tratamiento o Terapia Antirretroviral (TARV)***

El impacto de la terapia antirretroviral en las personas que viven con Sida, tiene consecuencias directas en todos los ámbitos de la vida de la persona, sobre todo en el físico, el psicoemocional y el social, los cuales generan diversos riesgos que deben enfrentar las personas seropositivas antes y durante la administración de la TARV.

El tratamiento de la infección por el VIH es complejo y dinámico, lo cual aumenta la posibilidad de un mal cumplimiento por parte de las personas, ya que se encuentra sujeto a una variedad de factores. Incluye habitualmente numerosos fármacos, algunos de mal sabor y amplio tamaño que dificulta la deglución o tienen una complicada relación con ayuno o ingestas, además de los ya mencionados efectos adversos. El tratamiento debe prescribirse, además, por tiempo indefinido, aún en casos asintomáticos y por ello, a menudo, la persona no percibe la necesidad de la prescripción. Al haber ausencia de síntomas, no se ve mayor necesidad de medicarse y, por esto, existe la posibilidad de desear abandonar la terapia.

Es importante destacar que, además de la preocupación inicial del individuo al empezar con dicho régimen, la recurrencia de los episodios subsecuentes de cambio de *esquema* es tanto o más angustiosa que el primer tratamiento prescrito: con la entrada de nuevos medicamentos –debido a

que alguna posibilidad anterior no haya generado los resultados deseados—, se van descartando alternativas de tratamiento farmacológico. Esto genera mucha ansiedad, pues se remueven las inseguridades y esperanzas de quien vive con VIH. En muchos casos, el cambio de los medicamentos es experimentado por el usuario como un recommienzo, que presupone nuevos efectos adversos, nuevos procesos de ajuste a los fármacos, dudas sobre la reacción del organismo a las nuevas drogas e inseguridades sobre la duración del nuevo esquema.

Existe mayor probabilidad de cumplimiento cuando se establece algún tipo de compromiso de apoyo y acompañamiento por parte de las personas significativas de la persona que vive con VIH, sean estas familiares, amigos, vecinos, pares o pareja e inclusive el padrinazgo de alguna institución; por lo que es de gran importancia que el plan de tratamiento comprenda alianzas con estos grupos.

Otro aspecto considerado básico, en cuanto al cumplimiento terapéutico y que ya se ha mencionado, es el grado en que dicho tratamiento modifica o altera el estilo de vida de la persona, dificultando sus rutinas o actividades cotidianas. Este aspecto o factor adquiere características invasoras que alteran la cotidianidad de la persona, entendiéndose que a mayor intrusividad, mayor probabilidad de incumplimiento de la terapia.

### ***Adherencia***

La terapia hace referencia a la combinación de diferentes elementos para obtener un mejor resultado ante una enfermedad o situación en particular. La adherencia es un proceso dinámico y multifactorial que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y de comportamiento, que requiere decisiones compartidas y corresponsabilizadas entre la persona que vive con VIH, el equipo de salud y la red social (Noletto, 2007).

La adherencia al tratamiento trasciende la simple ingestión de medicamentos. Para ser comprendida de forma más amplia, incluyendo el fortalecimiento de la persona, se debe considerar el establecimiento de vínculos con el equipo de salud, el acceso a la información, el seguimiento clínico, la adecuación a los hábitos y necesidades individuales y el compartir las

decisiones relacionadas con la propia salud. Es un proceso de negociación entre el usuario y los profesionales de salud, en el cual son reconocidas las responsabilidades específicas de cada uno, donde se promueve la autonomía y la responsabilidad para el cuidado y autocuidado.

Para esto, se debe poner atención a algunos factores como: flexibilidad de horario, atención diferenciada para los diversos grupos poblacionales y garantía de cuidado multidisciplinario. Además, la adopción de algunas estrategias específicas, como aumentar el aporte de informaciones, grupos de adherencia, atención individual, interconsulta y consulta conjunta, ruedas de conversación y el tratamiento directamente observado, pueden contribuir a la mejora de la adherencia al tratamiento. El estar acompañado y el soporte de otros brinda seguridad y fortalecen el apego al tratamiento así como al nuevo estilo de vida.

Por otro lado, es de vital importancia que el equipo de salud oriente al usuario con respecto a la necesidad y la importancia del tratamiento, sobre las posibles complicaciones que la terapia puede ocasionar.

Tomando todo lo anterior en cuenta, se busca motivar a la persona a tomar las medicaciones con la máxima regularidad, de acuerdo con sus hábitos cotidianos. Este proceso exige la participación activa de la persona y requiere, para tener éxito, el compromiso y la alianza terapéutica entre éste y los profesionales de salud, sus cuidadores, la red subjetiva y las personas allegadas en general.

Para esto, el acceso objetivo a las informaciones correctas sobre la propia salud, el tratamiento correspondiente y el conocimiento de sus derechos son fundamentales para que las personas sean protagonistas libres y conscientes de su cuidado, tomen decisiones autodeterminadas en cuanto a la utilización de los servicios y puedan adherirse al tratamiento.

### ***Las personas habitantes en calle***

Esta población ha sido definida en diferentes investigaciones realizadas tanto por el Instituto Mixto de Ayuda Social, como por la Municipalidad de San José, la Defensoría de Habitantes, el

Ejército de Salvación y Obras de la Misericordia (entre 1997 y 2007), y en una reflexión permanente por parte de la Comisión Mixta de Ayuda a la Indigencia, de la manera como sigue.

La callejización es un fenómeno multifactorial que se manifiesta en la persona que vive, deambula y duerme en la calle. Esta situación limita el acceso de la persona por sus propios medios a los bienes y servicios requeridos para la satisfacción de sus necesidades básicas y de desarrollo humano. Este fenómeno, conocido también como indigencia, tiene como eje el deterioro paulatino de la estima de la persona y como factores asociados, entre otros, la adicción de drogas, diferentes tipos de abusos o maltratos (físico, emocional, patrimonial o económico y sexual) abandono familiar, enfermedad mental, desempleo (COMAI 2007)

La investigadora Carolina Rojas, en su *Estudio de la indigencia en San José: Expresión de la exclusión social y el desarraigo*, expresa que estas personas tienen apariencias muy diversas, dado que algunas pueden estar cerca de la imagen clásica de un mendigo, cuyas características principales son la falta de aseo y en algunos casos zapatos, la ropa sobrepuesta, la barba y el pelo largo, y en otros pueden confundirse con cualquier transeúnte (Rojas, 2007).

En este mismo estudio se apunta que los excluidos enuncian un hecho estructural que posee bases culturales, económicas y sociales, el cual parte de un proceso histórico que data desde el inicio de la civilización y que señala y apunta a quienes son diferentes por el hecho de serlo (Fleury, 1998; Quinti, 1997)

Rojas (2007) expresa que en Costa Rica esta exclusión se manifiesta en tres dimensiones, a saber:

Dimensión tecno-económica: según Thai-Hop (1995) las personas excluidas son quienes se ubican en sectores económicamente débiles o al margen de la transformación tecnológica. Se caracterizan por tener una productividad muy baja, por la escasa o pobre tierra que poseen, por las herramientas obsoletas con las que trabajan, por la falta de calificación tecnológica, así como por los bajos sueldos que reciben.



Dimensión sociopolítica: las personas excluidas se encuentran en la categoría de las personas sin protección social, tampoco tienen acceso a una vivienda digna, ni a un trabajo estable. Son personas cuyo derecho a la justicia y a la dignidad humana no es reconocido (Thai-Hop, 1995).

Dimensión cultural: la exclusión tiene formas diversas como las personas que son excluidas del saber (analfabetismo); excluidos y excluidas de la información (fuera de canales o medios de información); excluidos y excluidas del derecho a la palabra y del derecho de vivir según su cultura (Thai-Hop, 1995).

### ***La Reducción del Daño***

La teoría de reducción del daño nace en los años ochenta en Inglaterra, norte de Europa y en los Estados Unidos, en primera instancia como respuesta a emergencias específicas, en particular la difusión del VIH entre los consumidores de drogas por vía endovenosa y la sospecha de que las estrategias adoptadas para enfrentar el consumo de drogas habían agravado el problema en lugar de contenerlo (...). La filosofía de reducción del daño tiene como finalidad reducir la confianza en las estrategias basadas en el moralismo y esperan poderlas sustituir con intervenciones más pragmáticas (O'Hare, 1994). La aplicación de esta teoría se centra en el campo de las desigualdades y de los Derechos Humanos, reconociendo al usuario de drogas como un ciudadano de pleno derecho, el cual no se ha de marginar ni castigar, y reconoce asimismo derechos asistenciales sin tener que condicionarlos por la abstinencia.

La reducción del daño abarca una gama extraordinaria de propuestas de intervención, muchas de ellas innovadoras y creativas que no se ponen en el dilema del todo o nada, sino de “mediaciones benéficas”; estas propuestas van a depender de las particularidades de las organizaciones y de los beneficiarios de la misma (Cf. Milanese, 2009). Sin embargo, se caracterizan en general por estar encaminadas a disminuir y paliar el daño, tratando de detener la aparición de condiciones de deterioro más severas y nocivas, son acciones que promueven el alcanzar un mayor nivel de bienestar y bien-ser en general.

Se destaca que no existe una posición única en relación con la reducción del daño, sino que abarca un abanico amplio de propuestas, la mayoría de tipo concreto, incluso pragmático ante diferentes situaciones de sufrimiento. En ese sentido, la reducción del daño es más como una filosofía de base en diferentes actividades que tienen como objetivo disminuir los efectos negativos generados por un fenómeno social, sea este pobreza, indigencia, drogadicción, etc., por lo que no se opone ni a la prevención ni al tratamiento, sino que los complementa y puede estar o no presente como un principio que orienta ambos tipos de intervención.

La reducción del daño en este caso no solamente se reduce al uso de droga: consumo mínimo, con poca frecuencia o bajo control médico; al abuso: que disfuncionaliza al usuario y a la dependencia: cuando el consumo se mantiene y se prolonga en el tiempo a pesar de los efectos adversos a nivel somático, psicológico, social y espiritual. También incluye el contexto en que se presenta; por tanto, éste debe ser entendido dentro del análisis de la complejidad, donde se considere la interacción entre el individuo, la droga, las ideas, los juicios de valor políticos, económicos, religiosos, entre otros. Desde la perspectiva de reducción del daño el contexto se debe entender como un sistema complejo, por lo que se requiere profundizarlo en conjunto.

La reducción del daño, se entiende (cf. Milanese, 2009) como acciones destinadas a:

Contener, que conlleva mejorar las condiciones de los beneficiarios de tal manera que disminuya la tasa de morbilidad y mortalidad procurando una mejor calidad de vida. Estabilizar cortando el círculo vicioso de las conductas adictivas dentro del contexto. Prevenir y evitar que se agrave la condición actual del usuario.

Contrarrestar el daño implica focalizar, que es ubicar a los beneficiarios en sus propios espacios, especialmente a quienes no están recibiendo un tratamiento de ayuda tradicional. Desarrollar los factores de protección, que son el conjunto o sistema de elementos que incrementan las probabilidades de un resultado positivo y disminuyen las probabilidades de un resultado negativo. Como parte de esto la resiliencia tiene un papel fundamental y se entiende como la capacidad del ser humano y de todos los seres vivos, de hacer frente a los acontecimientos traumáticos y de sufrimiento resistiendo a la destrucción y regresando a un estado de bienestar.

El tratamiento, proceso de intervención terapéutica está conformado por tres etapas que a su vez están subdivididas en diferentes fases. La Recepción es la etapa que tiene como objetivo principal el acercamiento y la acogida de la persona, se establece aquí el primer contacto y se identifica la demanda, mediante un proceso de escucha, de esta manera se inicia el vínculo con la persona que solicita ayuda. El Tratamiento es la etapa enfocada a la construcción del proyecto de vida y a la organización de la vida cotidiana por medio de diferentes fases del proceso con tareas y evaluaciones periódicas para el pasaje de una etapa a otra. Este proceso se da mediante diversos espacios de acompañamiento psicoemocional a nivel grupal, individual, de pareja y de familia. La siguiente etapa de Reinserción se encamina al fortalecimiento de la independencia y autonomía brindando al beneficiario seguimiento efectivo y continuo.

El seguimiento contrarresta el daño, y se entiende como la acción de monitorear después de un tratamiento residencial en función de las necesidades particulares de los usuarios, con el objetivo de mejorar o alcanzar resultados. Como proceso asistencial implica que se efectúe una observación sistemática por parte de un equipo que le permita asesorar, asistir y evaluar el estado actual de los beneficiarios en los parámetros escogidos y de los logros obtenidos en el tiempo.

Así la reducción del daño va más allá del control, como lo expresa Garland (2007):

El deseo de seguridad, orden y control, para la gestión del riesgo y la domesticación tiene como consecuencias controles espaciales, controles situacionales, controles sistémicos, controles sociales, autocontroles; uno tras otro, en todos los campos sociales, observamos la imposición de regímenes de regulación, inspección y control más severos.... simultáneamente nuestra cultura cívica se vuelve cada vez menos tolerante e inclusiva, cada vez menos capaz de tener confianza.

Al contener y contrarrestar el daño producido por las consecuencias negativas de los aspectos estructurales y coyunturales de la vulnerabilidad se responde a la falta de recursos para defenderse en áreas vitales, dada por la interrelación de los factores estructurales de la pobreza los cuales indican la falta de acceso a educación, salud, alimento, vestido, vivienda y desempleo; y los factores coyunturales del riesgo entendido como un sistema de condiciones donde se encuentran la indigencia, violencia, drogas, prostitución, delincuencia y otros que contribuyen a incidir negativamente sobre la seguridad individual y comunitaria.

De esta manera la reducción del daño evita la exclusión social que se genera a partir de marcos normativos y prácticas institucionales, tanto públicas como privadas, que impiden la realización de las potencialidades humanas, el acceso a los derechos que los asisten y las oportunidades de prosperidad económica y material.

Existe un grado más extremo de exclusión social denominado exclusión grave y se da mediante un proceso de expulsión social, de invisibilización del individuo, convirtiéndolo por tanto en objeto; impidiendo generar por sí mismo una salida a la condición de sufrimiento social en que vive.

La reducción del daño en su esencia pretende la inclusión social buscando que se reconozcan los derechos asistenciales, sociales y médicos de los usuarios y las usuarias de drogas sin condicionarlos a la abstinencia, sino mejorar la accesibilidad de estos a los servicios de tratamiento y generar cambios en las conductas de riesgo de los usuarios a través de la educación y el acompañamiento, entre otras.

Como parte de la inclusión se les hace tomar conciencia de las desigualdades sociales así como las múltiples formas de discriminación que afectan la vulnerabilidad de las personas y la capacidad para disminuir los daños y alcanzar mayores niveles de desarrollo humano interviniendo desde una perspectiva multidimensional con el usuario, la familia, la red social próxima y el entorno social amplio.

La reducción del daño en esta acción de inclusión pone particular atención en los "efectos secundarios" producidos por el régimen de control actual del uso de drogas que discriminan y estigmatizan a los usuarios, por medio de los referentes sociales; siendo estos un modelo de mundo y un proceso de simplificación de la realidad que a su vez tienen por misión describir, clasificar y explicar imágenes o fenómenos que surgen en contextos sociales. Es la elaboración de los comportamientos y la comunicación cotidiana entre los individuos donde liberan los poderes de su imaginación; orienta las conductas respecto al objeto representado y son parte de culturas y subculturas. Según lo plantea Moscovici (1999), designa una forma de pensamiento social.

El éxito en la reducción del daño depende de intervenciones innovadoras, de la cuidadosa evaluación de su efectividad en los distintos contextos, así como de la capacidad de gestión, técnica y de trabajo en red. De acuerdo con las dificultades de acceso que tenga la población meta a los diversos servicios, las acciones implementadas, las metas propuestas y la organización del trabajo.

Aplicar la reducción del daño como modelo de intervención en personas que viven en condición de calle y que tienen VIH o están en etapa sida, es reconocerles como individuos, como sujetos de derechos, brindando en este caso condiciones vitales para subsistencia.

### ***El estigma y la discriminación***

Al dejar a la persona desprovista de condiciones básicas para que tenga una vida de calidad y el hecho de que esa misma diferencia se haga por sus condiciones de vida, hace que se produzca un hecho de diferenciación, diferencia que al no tener justificación y al ir en contra de la dignidad y del bienestar de la persona se convierte en un acto de discriminación, el cual a la vez refuerza las condiciones de vida de la persona asignando o fomentando etiquetas que estigmatizan, como es el caso particular de las personas que viven en condición de calle.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Artículo 2, apunta que:

Los Estados deben proteger los derechos y las libertades de todas las personas, sin importar su raza, color, sexo, idioma, religión, ideología política o de otro tipo, origen nacional o social, estatus económico, nacimiento o cualquier otra condición social. Otros artículos pertinentes para quienes viven con VIH/sida son: 6 (el derecho a la vida), 7 (el derecho al tratamiento humanitario), 9 (el derecho a la libertad y a la seguridad personal), 12 (el derecho a la libertad de movimiento y a la libertad para elegir su residencia), 16 (el derecho, en todas partes al reconocimiento como persona ante la ley), 26 (igualdad ante la ley y el derecho a la protección equitativa).

Siendo así, la discriminación a esta población se establece como una violación absoluta a los Derechos Humanos. Esta situación se hace más compleja cuando la persona que vive en condición de calle es además portadora de una enfermedad que tiene implicaciones psicosociales

de tan alta envergadura. Como ya se ha mencionado, la representación social de la persona con VIH es negativa, y si a ésta se le adiciona la representación social que se tiene de quienes viven en calle, se hace esto una suma inevitable de discriminación más discriminación dejando a la persona invisibilizada y en lo que se puede llamar una muerte social, lo que ya de por sí es una violación múltiple a los derechos humanos.

### ***La negación de la TARV como violación de derechos***

Desde la práctica de trabajo con personas VIH o en etapa sida, se identifican diferentes significados que las personas le otorgan al tratamiento antirretroviral. Estos significados están fundamentados en diferentes elementos y contextos, que pueden ir desde el miedo hasta de significado económico. Lo cierto es que independientemente del significado que tenga en cada persona, el TARV viene a ser la única garantía de vida con la que cuentan las personas, el único pase, por así decirlo a una mayor expectativa de vida y a una mejor calidad de la misma.

A nivel médico el tratamiento es sinónimo de vivir más, es tener otra oportunidad para estabilizar el organismo, fortalecer el sistema inmunológico y mantener el virus bajo cierto nivel de control, pero a la vez requerir dicha medicación implica que el virus ha llegado a una etapa avanzada y que es estrictamente necesario incorporar el medicamento para sobrevivir.

A nivel psicoemocional implica el reconocimiento de que no se está bien, lo que hace que la persona tenga fantasías recurrentes sobre una posible muerte o con respecto a complicaciones médicas y enfermedades que podrían atacarle. Además requiere de un cambio rotundo en el estilo de vida, cambio en la dieta, en horarios de sueño y en general todos los cambios necesarios para lograr la adherencia respectiva al tratamiento.

Desde una perspectiva económica dicha medicación es costosa, aproximadamente US\$600 mensuales como mínimo para un tratamiento de por vida, y aunque en Costa Rica este tratamiento es universal y gratuito para toda la población que lo requiera, en la práctica ya hemos expresado que no se da, y menos para la población en cuestión. En el mejor de los casos,

partiendo del hecho de que ya la persona cuenta con la medicación, esta debe incorporar una dieta especial, algunos de los medicamentos requieren refrigeración, además la persona debe contar con recursos económicos para trasladarse a las citas y a los controles médicos respectivos.

Por otro lado, socialmente la persona se siente expuesta, se ve obligada a esconderse para tomar su tratamiento, ya que si lo hace frente a otro puede ser cuestionado y ante el temor al rechazo y la discriminación prefiere ocultarse, lo que a la vez puede desencadenar actitudes sospechosas para otros, que ante la representación social generalizada del sida pueden manifestar actitudes de miedo, asco, cuestionamiento, entre otras.

Desde cualquier perspectiva que se vea, el incorporar un tratamiento que requiere un control estricto y una modificación total en la vida del individuo genera rechazo y resistencia.

### ***La salud como derecho constitucional y como derecho humano***

La Constitución Política de Costa Rica, que data de 1949, tiene un capítulo especial dedicado a los derechos y garantías individuales, donde se incluyen el derecho a la libertad, a la vida, al libre tránsito, la privacidad del domicilio, a la intimidad, a la asociación y reunión pacífica y sin armas, a la libre expresión, de comunicación, el acceso a la información y la igualdad ante la ley, entre otras.

En relación con el fundamento y la primacía de estos derechos, la Sala Constitucional ha señalado, en la Sentencia 02771, del 04/abril/2003, que:

El Estado de Derecho nació, de acuerdo a la historia y a la doctrina jurídica occidental, como una fórmula de compromiso que implicaba aunar un amplio grupo de derechos fundamentales con una serie de garantías formales y materiales, todo ello dentro de una Constitución que consagrara la división de poderes y los principios de legitimidad y legalidad. Tendente, esta suma de ideas, a evitar las arbitrariedades eventualmente provenientes de las instituciones estatales. Es así que la primacía de un grupo central de normas que caracterizan a la Constitución como

ordenamiento superior descansa en (i) su carácter de expresión directa de la voluntad general y (ii) en su enunciación de los derechos humanos fundamentales y de las libertades ciudadanas. (1/4) Ejemplos de derechos fundamentales, son aquellos propios del ciudadano -ciudadanía, nacionalidad-; la libertad de las personas -libertad personal, de religión y conciencia, de residencia, de contratación, de elección de actividad económica, entre otros-; la igualdad jurídica entre las personas; el derecho de propiedad privada; y aquellos que permiten el acceso de las personas al control jurisdiccional.

Los derechos fundamentales constituyen, en opinión de esta Sala, la principal garantía con que cuenta la ciudadanía en un Estado de Derecho de que los sistemas jurídico y político, en conjunto, se orienten hacia el respeto y la promoción de la persona humana, hacia el desarrollo humano y hacia la constante ampliación de las libertades públicas. Considera además, que los derechos fundamentales tienen un cometido legitimador de las formas constitucionales, ya que, en su opinión, constituyen los presupuestos del consenso sobre los que se edifica una sociedad democrática.

A este respecto, agrega la Sala Constitucional en la misma sentencia que:

En el proceso histórico de construir a los Derechos Humanos y a su manifestación constitucional, los derechos fundamentales han recibido diferentes nombres, intercambiables en algunos momentos; estas diferencias terminológicas son importantes como en toda ciencia o disciplina, sin embargo, para efectos de esta sentencia, resultan irrelevantes. En realidad lo que cuenta de estos términos es que sean tutelados efectivamente por la jurisdicción, respetados por las instituciones estatales en general, que se le reconozca al de libertad su capacidad germinal de todos los demás, y que únicamente puedan ser contruidos por el pueblo -mediante un debate libre y democrático-, que sean trasladados o reformados en la Constitución por el poder constituyente originario, lo que tampoco significa la eliminación o contracción de la autonomía individual concedida por el pueblo, mediante el poder constitucional originario, a los individuos que lo forman. (Sala IV, Sentencia 02771, del 04/abril/2003)

Aunque en el derecho nacional e internacional de los derechos humanos no existe un instrumento jurídico específico sobre la materia relacionada con el VIH, hay que observar que todos los instrumentos de derechos humanos ratificados por el Estado costarricense contemplan derechos que amparan a las personas con VIH e incluso a sus familiares. Algunos de esos



tratados especialmente relevantes garantizan el derecho a la vida, a la salud, al trabajo, a la educación, a la igualdad y a la no discriminación. Entre ellos se encuentran los que se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Costa Rica en materia de VIH

| <b>Instrumento</b>   | <b>Fecha</b> |
|--|--------------|
| Declaración Universal de Derechos Humanos  | 1948         |
| Convención internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial   | 1965         |
| Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos  | 1966         |
| Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales  | 1966         |
| Convención Americana sobre Derechos Humanos, “Pacto de San José”   | 1969         |
| Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer   | 1979         |
| Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" | 1988         |
| Convención sobre los Derechos del Niño   | 1989         |
| Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belem do Pará"                                 | 1994         |

### *Negación de la TARV en el derecho costarricense*

#### Resoluciones de la Sala Constitucional

La Sala Constitucional ha estudiado en múltiples ocasiones recursos presentados por personas y organizaciones para que resuelva sobre lo que ellas han considerado violación de sus derechos. Algunos de estos recursos han intentado precisamente la resolución de conflictos por la desatención en la provisión de medicamentos antirretrovirales.

En una de estas ocasiones, en concreto la Sentencia 03752, Expediente 10-001853-0007-CO del 23 de febrero del 2010 que declaró con lugar un recurso de amparo contra la CCSS por el desabastecimiento de algunos antirretrovirales, la Sala Constitucional declara en sus 'considerandos':

**“La protección del derecho a la salud.** El derecho a la salud ha sido desarrollado por esta Sala a partir de la protección constitucional a la vida, según se define en el artículo veintiuno de la Constitución Política, puesto que la vida resulta inconcebible si no se le garantiza a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental. La preponderancia de la vida y de la salud, como valores supremos de las personas, está presente y señalada como de obligada tutela para el Estado, no sólo en la Constitución Política, sino también en diversos instrumentos internacionales suscritos por el país como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. De tal forma, el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo setenta y tres de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población. En virtud de ello, para la

adecuada protección del derecho a la salud, la Sala ha reiterado el carácter de servicio público que poseen los servicios de salud, estimando que como tal debe cumplirse en todo momento con las características de eficiencia, celeridad, simplicidad y oportunidad en la prestación de los mismos. Particularmente sobre este carácter, mediante sentencia 2005-5600, de dieciséis horas con treinta y cuatro minutos del diez de mayo del dos mil cinco, la Sala definió que:

“Dentro de tales principios destacan la eficacia, eficiencia, simplicidad y celeridad (artículos – todos de la Constitución Política- 140, inciso 8, en cuanto le impone al Poder Ejecutivo el deber de “Vigilar el buen funcionamiento de los servicios y dependencias administrativas”, el 139, inciso 4, en la medida que incorpora el concepto de “buena marcha del Gobierno” y el 191 al recoger el principio de “eficiencia de la administración”).

Esa garantía individual atípica o innominada se acentúa en tratándose de servicios públicos esenciales de carácter asistencial como los de la seguridad social.

#### Eficiencia, eficacia, continuidad, regularidad y adaptación en los servicios públicos de salud

Los órganos y entes públicos que prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación. Desde esta perspectiva, los servicios de las clínicas y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social están en el deber de adoptar e implementar los cambios organizacionales, de contratar el personal médico o auxiliar y de adquirir los materiales y equipo técnico que sean requeridos para brindar prestaciones eficientes, eficaces y rápidas. Los jefes de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las “listas de espera” para las intervenciones quirúrgicas y aplicación de ciertos exámenes especializados o de la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, puesto que, es un imperativo constitucional que los servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y célere. Los jefes de la Caja Costarricense de Seguro Social y los Directores de Hospitales y Clínicas

que les pertenecen están en el deber y, por consiguiente son los personalmente responsables -en los términos del artículo 199 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública-, de adoptar e implementar todas las providencias y medidas administrativas y organizacionales para poner coto definitivo a la prestación tardía –la cual, en ocasiones, deviene en omisión por sus consecuencias- de los servicios de salud, situación que constituye, a todas luces, una inequívoca falta de servicio que puede dar lugar a la responsabilidad administrativa patrimonial de esa entidad por las lesiones antijurídicas provocadas a los administrados o usuarios (artículos 190 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública).”

Efectivamente, reiterando el carácter de servicio público que resulta inherente a los servicios de salud y la obligatoriedad de su prestación irrestricta a favor de los administrados en cuanto a la dotación de materiales y tratamiento médico, mediante sentencia 2006-6690, de dieciséis horas un minuto del dieciséis de mayo del dos mil seis, definió la Sala que:

“Es a la luz de las consideraciones realizadas que, aun considerando las pocas excepciones de hospitales cuyos directores afirman no haber tenido problema de abastecimiento de materiales para los pacientes que nos ocupan, concluye la Sala que en la especie sí se ha vulnerado el derecho fundamental de los pacientes (...) al buen funcionamiento del servicio público que debe brindarles la Caja Costarricense de Seguro Social, ocasionado por el desabastecimiento institucional de los materiales que este tipo de pacientes requieren y que ha conllevado el atraso y la disminución en la entrega de los mismos e inclusive el cambio por otros productos, en riesgo de su higiene y por ende de su salud, derecho fundamental –derivado del artículo 21 constitucional- también amenazado arbitrariamente con el proceder de la Institución recurrida. No es esta la primera vez que este Tribunal Constitucional insiste a la Caja Costarricense de Seguro Social que los órganos y entes públicos que prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes, sin que la carencia de recursos humanos y materiales o los retrasos por trámites burocráticos sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación. Desde esta perspectiva, la Caja Costarricense de Seguro Social está en el deber de adoptar e implementar los cambios organizacionales, de contratar el personal médico o auxiliar y de adquirir los materiales y equipo técnico que sean requeridos para brindar

prestaciones eficientes, eficaces, continuas, regulares y rápidas. De ahí que a juicio de esta Sala, los jerarcas de la Caja Costarricense de Seguro Social, los encargados del abastecimiento de recursos materiales a la institución y los directores de hospitales y clínicas que les pertenecen están en el deber y, por consiguiente son los personalmente responsables -en los términos del artículo 199 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública-, de adoptar e implementar todas las providencias y medidas administrativas y organizacionales para poner coto definitivo a la prestación tardía –la cual, en ocasiones, deviene en omisa por sus consecuencias- de los servicios de salud, situación que constituye, a todas luces, una inequívoca falta de servicio que puede dar lugar a la responsabilidad administrativa patrimonial de esa entidad por las lesiones antijurídicas provocadas a los administrados o usuarios (artículos 190 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública). (Ver en este sentido la sentencia 2005-05316, así como la 2005-05600 y la 2005-5318, entre otras)”.

La ordenación de la prestación de los servicios de salud y la tutela jurisdiccional del derecho a la salud. Ha sido referido en el considerando anterior que la entidad rectora de los servicios de salud es la Caja Costarricense de Seguro Social, a lo que debe sumarse la atención y tratamiento médico que en casos determinados brinda también el Instituto Nacional de Seguros. Así, mediante sentencia número 08-266, de las once horas cincuenta y ocho minutos del once de enero de dos mil ocho, la Sala reconoció que:

“De conformidad con dicho ordinal [artículo setenta y tres de la Constitución Política] es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población. Es así como la Constitución Política en su artículo 73 establece los seguros sociales en beneficio de los trabajadores, protegiéndolos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte, señalándose expresamente que estará a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social la administración y gobierno de esos seguros. Por su lado, y sin perjuicio de todo lo dicho, lo correspondiente a la atención médica producto de accidentes de tránsito y de trabajo es competencia del Instituto Nacional de Seguros. Así las cosas, la competencia genérica en materia

de resguardo de la salud de los trabajadores corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social y la competencia particular, en tratándose de accidentes de trabajo y de tránsito, corresponde al Instituto Nacional de Seguros. Ahora bien, la determinación de cuándo un padecimiento es un caso de riesgo laboral no es competencia de este Tribunal Constitucional, sino que serán los propios entes mencionados quienes están obligados a determinar el caso de manera objetiva, y el interesado -de no estar de acuerdo- tendría la posibilidad de impugnar lo resuelto, primero ante la misma autoridad administrativa y si fuere del caso ante los tribunales judiciales.”

De tal forma, la tutela jurisdiccional que puede prestar la Sala al derecho fundamental a la salud, se centra especialmente en cuanto a las acciones u omisiones de estas instituciones del sector público –Caja Costarricense de Seguro Social e Instituto Nacional de Seguros- en cuanto son las llamadas a prestar el servicio público de carácter asistencial en materia de salud. Las políticas preventivas son competencia del Ministerio de Salud, y en ese carácter sus actuaciones u omisiones pueden ser igualmente objeto de consideración por esta jurisdicción en la medida que se estime riñen con la dimensión de derecho fundamental reconocido a la salud.

## CAPITULO III

### Abordaje metodológico

A partir del trabajo cotidiano con población seropositiva que además tiene una serie de situaciones críticas asociadas como lo es el vivir en calle, la farmacodependencia y el abandono, y como profesional en psicología, se ha desarrollado dicha investigación desde la perspectiva mixta, es decir incorporando el abordaje tanto cualitativo como cuantitativo de los fenómenos.

La investigación responde a un estudio de tipo exploratorio, ya que intenta abordar un tema que no ha sido estudiado en nuestra realidad costarricense. A pesar de que el VIH ha sido ampliamente estudiado e investigado, no ha sido así con respecto a la población en condición de calle y el acceso de la misma al tratamiento médico respectivo.

Se identificó a dos poblaciones: una compuesta por 16 contactos claves elegidos a conveniencia, personas que se han destacado en el país por su labor en el tema del VIH y sida tanto a nivel de instituciones como de organismos no gubernamental; la otra población responde a personas seropositivas que viven en condición de calle y que expresan haber tenido dificultad para tener acceso al TARV. Estas personas reciben diversos servicios del Hogar de la Esperanza, es ahí donde se les ha identificado y mediante consentimiento previo se les ha consultado la disposición para participar en dicho proceso investigativo.

Para recolectar los datos se elaboró una guía compuesta por cinco preguntas generadoras, las cuales siguen a continuación:

#### Preguntas a contactos clave

- ¿Existe en CR un protocolo de implementación de TARV?
- ¿Cuál es el abordaje que se le da a la población en condición de calle conocida como VIH (PCCVIH)?
- ¿En que se basa dicho abordaje? ¿Qué fundamentación tiene?



- ¿Considera que se viola algún DH al negar la TARV a la población en cuestión?
- ¿Existe algún mecanismo alternativo para proveer tratamiento a esta población? ¿Cuál?

Preguntas a la población habitante en calle:

- ¿Hace cuánto le diagnosticaron VIH? ¿En dónde?
- ¿Está en control médico? ¿En cuál Hospital le atienden?
- ¿Ya ha estado con TARV? ¿Cuántas veces lo ha abandonado?
- ¿Cuáles son las instrucciones que le indican en el Hospital sobre su tratamiento?
- ¿Qué requisitos le solicitan para brindarle el tratamiento?

Por otro lado se desarrollaron dos sesiones de trabajo bajo la dinámica de grupo focal, fueron realizados con personas seropositivas que viven en condición de calle. Cada sesión tuvo una duración de tres horas y fueron realizadas en el Hogar de la Esperanza, La dinámica se desarrollo mediante ideas generadoras en torno al tema del acceso al TARV.

### ***Análisis de las entrevistas a contactos clave***

Como se menciona anteriormente se identificaron 16 personas como contactos clave, de éstas solo 11 fue posible contactar. Dichos contactos y la institución u organización que representan se resume en el cuadro 2:

Cuadro 2. Contactos claves que serán entrevistados.

| <b>Contactos Claves</b>                   |  |   |                            |
|---|--|---|----------------------------|
| <b>Centros Médicos</b>                    | Hospital San Juan de Dios                          | Lic. Karina Warner                                | <b>Persona a contactar</b> |
|   | Hospital Calderón Guardia                          | Dr. Antonio Solano                                |                            |
| <b>Instituciones</b>                      | Defensoría de los Habitantes                       | Lic. Carlos Valerio                               |                            |
|   | CCSS Ministerio de Salud                           | Dra. Gloria Terwes                                |                            |
|   | CONASIDA (Comisión Nacional de sida)               | Dr. Adrián Vieto                                  |                            |
| <b>Atención a población en calle</b>      | COMAI (Comisión Mixta de Atención a la Indigencia) | Lic. Cesar Fuentes                                |                            |
|   | Hogares de Atención: Hogar de la Esperanza         | -Msc.Orlando Navarro<br>-Lic. Mario Rojas Peralta |                            |
|   | H. Nuestra Señora de la Esperanza (Cartago)        | -Lic. Thelma Baldares                             |                            |
| <b>Org. Que trabajan con personas VIH</b> | Agua Buena   | Richard Stern                                     |                            |
|   | Asociación de Derechos Humanos                     |   |                            |
|   | Asociación Demográfica Costarricense               | Lic. Jonás Hernández                              |                            |
|   | ASOVHISIDA   | Edgar Briceño                                     |                            |
|   | CIPAC  | Lic. Gabriela Solano                              |                            |
| <b>Organismos Internacionales</b>         | Asociación de Mujeres Esperanza Viva               | Rosibel Zúñiga                                    |                            |
|   | USAID/PASCA  | Mariela Garrón                                    |                            |
|   | ONUSIDA  | Ivonne Zelaya                                     |                            |

Las once personas que han sido entrevistadas afirman que existe un protocolo por parte de la CCSS para las personas con VIH en general, pero que no hay ninguno que se aplique para las personas que tengan el virus y que vivan en situación de calle. El protocolo de la seguridad social exige que todo individuo con VIH que tenga un CD4 menor de 250 sea provisto del tratamiento antirretroviral, o en caso de que presente alguna infección oportunista, aun si el CD4 es mayor del límite antes dicho. Este protocolo lo aplica la CCSS en las distintas clínicas del sida que se encuentran en hospitales de tercer nivel de atención y está sustentado por la Ley 7771.

Además, dicho protocolo implica: conteo de CD4 y CV, inducción con servicio de farmacia para iniciar TARV y, cuando hay cambio o modificación de esquema, abordaje con atención psicológica y de trabajo social.

Sin embargo, la CCSS no provee ninguna indicación en sus protocolos para dar el tratamiento a las personas que viven en situación de calle y que se encuentran infectadas con el virus, porque no tiene una herramienta que pueda ayudar a captar estos casos. El abordaje que puedan ofrecer las diferentes clínicas no es integral, en el sentido de que cada una de ellas define cómo trabajar pero en función de dar o negar la TARV.

La principal argumentación de la CCSS para negar el tratamiento es que, por su situación de calle, las personas no tienen un domicilio fijo; por lo tanto, carece de posibilidades para asumir un proceso de adherencia adecuado de modo que dicho tratamiento sea efectivo. La mayoría de estas personas no vuelven a las citas médicas y dan direcciones falsas.

Los que logran ser captados es porque son hospitalizados y en ese momento se les da la atención, o porque ingresan en alguno de los albergues que los apoyan y es donde obtienen el seguimiento necesario. El Estado les da el seguro gratuitamente, además del tratamiento antirretroviral y toda la atención de consejería psicológica y de trabajo social que necesiten, siempre y cuando estén ubicados en un lugar fijo, con su familia, amigo o en un albergue.

De acuerdo con las personas entrevistadas, para que los usuarios puedan obtener el seguro por el Estado deben seguir procedimientos cargados de requisitos y pasos que muchas veces no pueden realizar sin acompañamiento de una ONG o institución de apoyo.

Por ejemplo, la CCSS requiere que la persona cuente con un hogar estable o un lugar con un núcleo ya sea familiar o de amistad que sirva de apoyo para la entrega de la TARV. Algunas ONG se preocupan por satisfacer las necesidades más básicas como alimentación y medicamentos genéricos de afecciones comunes; sin embargo, solo hasta hace poco algunas ONG han empezado a realizar acciones en conjunto con organismos internacionales y con la propia CCSS para lograr captar a la población, atender sus necesidades básicas, promover la prueba y el tratamiento en caso de ser positivos. El aseguramiento es un requisito en todos estos pasos del proceso.

En resumen, el abordaje de las personas que viven en situación de calle se da únicamente si ellas ingresan a los hospitales por enfermedades oportunistas, donde se les atiende en todos los aspectos que necesiten, se estudia su situación socioeconómica, se busca a sus familiares y si estos no responden se coordina el ingreso a alguno de los albergues para su internamiento. La TARV y el seguimiento respectivo se realizan en coordinación con los Hogares que los acogen.

La atención que el sistema de salud provee a las personas se basa en el servicio solidario y el derecho a la salud, según la Ley General de Salud y la Constitución de la República. Sin embargo, no hay una directriz específica de salud ni un instrumento jurídico dirigido a la protección especial de las personas en calle. Esta población ni siquiera es tomada en cuenta para los protocolos de investigación.

La gran mayoría de personas entrevistadas ha manifestado que las instituciones de salud, así como el gobierno en general, violan varios derechos humanos de las personas que viven en situación de calle y que no son provistas de tratamiento antirretroviral.

En el país no existen servicios nacionales de apoyo para la población en situación de calle, que convive con problemáticas asociadas a las drogas, el alcoholismo, la delincuencia común, el abuso sexual, las infecciones de transmisión sexual e incluso el abuso policial. Por no tener un empleo el aseguramiento se vuelve cada vez menos accesible. El gobierno no destina recursos específicos para atender a esta población directamente en sus problemáticas.

Los entrevistados han identificado que los derechos humanos que se violentan son:

- Derecho a la salud integral gratuita y de calidad
- Derecho a la rehabilitación
- Derecho al empleo digno
- Derecho a la vida
- Derecho a la información

El simple hecho de negar la TARV es una manifestación de que se niega el derecho a la vida.

Haciendo referencia a los mecanismos alternativos, se afirma que el más viable son los centros de rehabilitación para drogadicción y otras situaciones críticas asociadas, donde exista personal calificado que les atienda; deben ser albergues que aborden la problemática de manera integral.

En Costa Rica la normativa del sistema de salud establece que solamente la CCSS provee la terapia de forma gratuita y de acuerdo con los protocolos ya mencionados. El sistema de salud privado debe seguir estos mismos protocolos, pero no provee la terapia gratuitamente.

Una de las personas entrevistadas manifiesta que el país debería impulsar proyectos pilotos financiados por el mismo Estado, además de proceder con planes de apertura administrativa en el aseguramiento y la reducción de los requisitos y procedimientos solicitados para ello.

De forma más general, también se mencionan como alternativas la promoción de una cultura de inclusión y de servicios de rehabilitación fuera del sistema formal de salud.

### ***Análisis de las entrevistas a personas en condición de calle***

Con respecto a las personas seropositivas que habitan en calle, se logró entrevistar a quince individuos que reciben diversos servicios en el Hogar de la Esperanza; de estos, doce eran varones y tres mujeres.

El denominador común en las entrevistas fue el desconocimiento de la situación que ellas estaban viviendo con respecto al acceso al tratamiento. Para estas personas, dicho acceso no es considerado como un derecho básico indispensable para su vida y repiten el discurso que les dan en los diferentes centros de salud que visitan, en primer lugar el no tener un domicilio fijo y en segundo lugar el uso de drogas.

Según estas personas para tener acceso al TARV deben mantener total abstinencia y para esto son sometidos a diversos dopajes. Por otro lado, les piden contar con alguna red de apoyo cuando en la mayoría de los casos han sido, por uno u otro motivo, expulsados de su familia e incluso abandonados.

De los entrevistados cuatro son extranjeros y alegan que al estar indocumentados no pueden tener acceso a ningún tipo de atención, menos acceder a tratamiento antirretroviral.

### *Análisis de las sesiones grupales*

Estas sesiones fueron llevadas a cabo en el Hogar de la Esperanza. Cada sesión tuvo una duración de tres horas, en la primera participaron 18 personas, en la segunda participaron 21 personas.

Las preguntas generadoras para la discusión fueron las siguientes:

- ¿Existe acceso universal a la TARV en las personas en condición de calle?
- ¿Cómo podrían las personas en condición de calle tener acceso a la TARV?

### **¿EXISTE ACCESO UNIVERSAL A LA TARV EN LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE CALLE?**

No existe un acceso universal a la Terapia Antirretroviral, puesto que se les niega a las personas que viven en condición de calle. Las autoridades de salud aducen varias razones, y la principal de ellas se refiere a la adherencia. Consideran que, ya que las personas en condición de calle no tienen un domicilio fijo, no tienen posibilidad de seguir su tratamiento de la forma adecuada,

además de que la incidencia de farmacodependencia, alcoholismo y otras situaciones críticas asociadas con dicha condición, alteran el curso de la terapia y más bien se convierte en un elemento desfavorable para la salud.

Sin embargo, se conoce de otras situaciones en las que el sistema de salud sí permite el acceso a tratamiento aun cuando la persona está viviendo en condición de calle, como es el caso de la tuberculosis, lo cual pone en entredicho la dinámica que sigue en el caso de las personas con VIH.

Las personas participantes en este grupo focal manifiestan que la CCSS no provee la TARV a la población en condición de calle porque esta terapia es demasiado costosa. Con ello se manifiesta que el interés de las autoridades de salud prioriza la racionalización del gasto público antes que el bienestar de la persona con VIH y el acceso a un derecho pleno a la salud. Para mantener esta política se apela a ciertas características de esta población, como su inestabilidad, el uso de drogas, la práctica de sexo no seguro, el incumplimiento de las citas de control así como de los horarios establecidos para la terapia.

La CCSS solamente provee la TARV si la persona en condición de calle deja de vivir en condición de calle, es decir, si se institucionaliza en algún albergue o con su familia. Las mismas personas que viven en dicha condición llegan a pensar que no tienen derecho a acceder a la TARV porque ellas no responden a ese derecho, es decir, no responden como la CCSS y todo el sistema de salud quisiera que lo hagan.

Además de las situaciones descritas anteriormente, las autoridades de salud inhiben el acceso a la TARV porque no puede haber un monitoreo de las personas por su misma condición de vida en la calle; también manifiestan que algunas de ellas venden el tratamiento para proveerse de drogas o alcohol. El único monitoreo eficaz se da cuando la persona se institucionaliza.

En resumen, las personas con VIH que viven en condición de calle no son reconocidas como sujetos de derechos, y son discriminadas por vivir en dicha condición. Se exige su

institucionalización y se las hace cumplir y pasar por una serie de requisitos y trámites que, por sí mismos, resultan casi imposibles de cumplir.

### ¿COMO PODRÍAN LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE CALLE TENER ACCESO A LA TARV?

Resulta interesante observar que las propias personas que han vivido en condición de calle, así como las que han participado en estos grupos focales, manifiestan su acuerdo con el principal requisito que exige la CCSS para proveer la TARV, que es institucionalizarse. Indican que la persona debe *hacer un cambio en su vida, dejar la prostitución y el consumo de drogas y alcohol, adoptar un estilo de vida saludable, salir de la calle e incorporarse en un centro de rehabilitación*. Solo de esa forma podrá tener acceso a la TARV; es decir, solo de esa forma tendrá derecho a disfrutar del derecho a la salud.

Otro de los requerimientos del sistema de salud es que la persona se incorpore o retome sus redes subjetivas: familiares, amigos y otros allegados. Además, si la persona se institucionaliza en un albergue, esta entidad debe ser especializada y coordinar con los centros de salud respectivos. La TARV se provee en estos casos, y la institución (o la familia, si la persona vive con ella) se compromete a acompañar a la persona en el cumplimiento de su adherencia, esto es, a que cumpla con los horarios y otras condiciones necesarias para llevar el tratamiento: nutrición adecuada, abstinencia de drogas y alcohol, sexo seguro, etc. La estancia en una institución, según el parecer de las autoridades de salud, y así lo manifiestan los participantes en los grupos focales, garantiza que existirá una supervisión del tratamiento, para concretar su efectividad y adherencia. Si la persona regresa a la calle, se le suspende el tratamiento.

Finalmente, un nuevo requisito se añade a la lista de lo que deben cumplir las personas con VIH que están en condición de calle para tener acceso a la terapia antirretroviral: un examen doping. Se aduce que, ante lo costoso de la TARV, las personas que la tomen deberían cumplir con la adherencia y además estar libres de otras sustancias. El examen doping lo debe hacer la institución donde la persona se encuentre albergada, la cual debe manejar diferentes modelos de abordaje para cumplir con esta condición.



No obstante, en este punto existe mucha descoordinación entre las diferentes instancias de salud, pues algunos hospitales o clínicas solicitan el examen doping y otros no, además de que no se siguen los mismos protocolos para desarrollar el tratamiento. Frente a esta política se puede argumentar que si la persona ya se encuentra institucionalizada y está siendo acompañada con diversas actividades de acompañamiento, el examen doping no resulta necesario como requisito para acceder a la terapia. Además, de acuerdo con el enfoque del modelo de reducción de daño, para que una persona siga su tratamiento no es necesario que se encuentre en total abstinencia, toda vez que se toman en cuenta otros factores que coadyuvan precisamente a completar dicho tratamiento.

## CAPITULO IV

### Conclusiones

- La población en condición de calle que vive con VIH o sida ve reiteradamente violentado su derecho a la salud. La negativa del sistema de salud para proveer la terapia antirretroviral es una clara violación del derecho a la salud que asiste a estas personas, como sujetos iguales que son a todas las demás personas de la sociedad costarricense en su dignidad humana. Además, al ser su condición de salud un estado crónico que ante la ausencia de control y tratamiento compromete la vida, hay también una violación al derecho a la vida, del derecho a la educación, a la información y a no ser discriminado.
- Entre las personas que viven en condición de calle existe un gran peso de la representación social que tiene la población en general sobre ellas, misma que repercute en su propia representación y en cómo se visualizan. Esto hace que dichas personas adopten conductas defensivas y que además se auto discriminen, llegando al punto de negar sus propios derechos o de pensar que no los merecen.
- La primera impresión que llega a la mente cuando se menciona 'población en condición de calle' es la de una persona fármaco dependiente y, por asociación, también delincuente, mal vestida, con poca higiene, siendo que esto no es una regla que se aplica en todos los casos. La experiencia ha mostrado que muchas de las personas en calle no hacen uso de ningún tipo de sustancias ni todas tienen actividades al margen de la ley. Además, los entrevistados alegan haber hecho uso de los servicios de diversos centros para mantener la higiene personal y el aseo básico, mostrando preocupación por su presentación personal. Así, se pone de manifiesto que las generalizaciones conducen a la discriminación.
- Hay mínima o casi nula información entre las personas en condición de calle sobre el derecho que les asiste para que les sea provista la terapia antirretroviral. Existe un gran desconocimiento sobre los derechos propios y se asume como correcto el discurso de las instancias de salud que condicionan el acceso al tratamiento y dan por hecho que si se está 'en calle' no deben de optar por dicho tratamiento.

- El sistema de salud privilegia la racionalización en el gasto antes que la salud de las personas que viven en condición de calle, al aducir que no se debe proveer terapia antirretroviral a una población que no asegura su adherencia, esto sin que haya un análisis sobre el costo-beneficio de esta inversión.
- El que exista la posibilidad de que la población con VIH sea provista del seguro por el Estado no es una garantía real para la población en condición de calle, ya que se les exige domicilio fijo y contar con redes de apoyo. Los entrevistados aducen que los centros que reciben a esta población son pocos o piden muchos requisitos de ingreso, y no existen suficientes espacios para una población tan amplia.
- El Estado sí da seguimiento mediante protocolos determinados a las infecciones por TB incluso para aquellas personas que viven en condición de calle, haciendo cercos epidemiológicos y dando el seguimiento respectivo mediante los EBAIS. Pero para quienes tienen el VIH (que es también una situación de salud pública) y están en condición de calle, no existe seguimiento alguno, lo que deja entrever una actitud discriminatoria y violatoria de los derechos humanos.
- Por otra parte, el Estado como tal no tiene ningún organismo ni dependencia que vele por las personas en condición de calle y que requieren TARV: esta es una tarea que se ha delegado a las organizaciones civiles, a las cuales además se las bloquea con trabas administrativas y financieras para poder desarrollar una labor eficaz en beneficio del derecho a la salud de esta población.
- El no abordaje de esta población con VIH en condición de calle tiene impacto directo en la economía del país ya que es población económicamente activa, que además es sexualmente activa con múltiples compañeros y contactos sexuales de alto riesgo, lo que puede generar nuevas infecciones y la respectiva diseminación de la pandemia.

## Recomendaciones

- La aplicación del Modelo de Reducción de Daño puede ser una herramienta eficaz en el abordaje de la población VIH que vive en condición de calle. La reducción del daño no condiciona los derechos, por el contrario reconoce al usuario de drogas o a la persona en calle también como sujeto de derechos.
- Las autoridades de salud, al identificar a dicha población y brindar los accesos necesarios para atender su situación particular de salud, están realizando prevención básica no solo en estas personas, sino también ante nuevas infecciones, re-infecciones y co-infecciones, dado que muchas de ellas se dedican a la prostitución sea por dinero o por droga o incluso para sobrevivir en la calle.
- Vivir en calle es todo un estilo de vida que implica una cultura propia con códigos, ritos y símbolos que identifican a la población. Se requiere por tanto conocer a la población y adentrarse en su dinámica para comprender la forma particular de vida y el sentido de la misma. Las instancias gubernamentales pueden aprovechar la cercanía de diversas ONG y la especialización que tienen muchas en el trabajo con esta población, de manera que puedan llegar a estar con ellas para los abordajes respectivos.
- Esta experiencia de muchas organizaciones que atienden a población en condición de calle puede funcionar como línea base para iniciar algún tipo de trabajo sistemático, el cual puede ser realizado mediante la articulación de redes y la complementariedad de las acciones entre las diversas instancias, tanto gubernamentales como civiles.
- Una debilidad que parece tener el abordaje del VIH en general es la división existente entre la sociedad civil y las instancias gubernamentales. La unión y el trabajo conjunto podría favorecer la atención de dicha población, pero para esto se requiere apertura, disposición y voluntad política, de manera que se pueden mover los recursos necesarios y el personal correspondiente para su atención.

- Es importante crear políticas de atención, pero mientras eso se da se puede ir trabajando con los recursos que ya existen, es decir, con las diversas experiencias, aunque sean pocas, en dicha materia y con las garantías con que cuenta el sistema de salud costarricense. Un ejemplo de esto es el protocolo de abordaje para la Tuberculosis: este mismo protocolo podría servir de base para la realización de uno en materia de VIH.
- Los dispositivos de bajo umbral como las Carpas realizadas por la organización Humanitas en diferentes partes del país, pueden aprovecharse como puente o como centros de captación y detección de la población VIH en condición de calle. Desde este espacio y mediante el acompañamiento solidario se puede guiar y educar a los usuarios sobre el acceso al tratamiento y todo lo referente al mismo. En este sentido, además, es importante promover la creación de comunidades terapéuticas mediante el modelo de intervención que ha venido aplicando esta organización en varios espacios, de manera que se visualice un esquema de atención que sea integral y no solo focalizado en la represión y la abstinencia.
- Un elemento prioritario en el reconocimiento de derechos es la educación, la cual debe realizarse tanto en las personas en calle que desconocen los mismos, como en aquellos que violentan dichos derechos. Estos procesos educativos deben ser amigables y asequibles, además que sensibilicen a funcionarias y funcionarios públicos, así como al público en general. Es esencial que dicha educación se dirija a un cambio en las representaciones sociales que se tiene de la población en cuestión.
- Una forma de generar nuevos procesos es mediante la creación de jurisprudencia, la cual podría llevarse a cabo mediante las mismas organizaciones que atienden a la población en condición de calle y teniendo en cuenta la participación activa de las personas afectadas.
- Dado el estilo de vida de esta población es necesario que puedan tener acceso al sistema de salud en general, de manera que puedan llevar el control médico y la profilaxis respectiva. Además se requiere de atención para mitigar infecciones oportunistas y el

deterioro paulatino de la salud. Cuando la detección de la infección se hace de manera tardía es más complejo el abordaje y más oneroso, además que favorece la co-morbilidad, es decir, la aparición de otras ITS y enfermedades infectocontagiosas.

- El Ministerio de Salud, como ente rector, debe establecer las medidas preventivas y mecanismos de atención alternativos para esta población sin que se vean condicionados por la inversión económica que se tenga que realizar; inversión que es a la vez mecanismo de prevención de nuevos focos de infección.

## Bibliografía

Araujo, Miguel (2001). *Las terapias antirretrovirales en la infección por VIH*. MINISTERIO DE SALUD Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud Departamento de Calidad en la Red División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Chile.

Beck, Ulrich (2002). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. España: Ediciones Paidós Ibérica.

Badilla, Ana Elena (mayo 2007). *Derechos fundamentales y derechos humanos en Costa Rica. Alcances particulares en relación con los derechos de las personas con VIH*. En: Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, no. 17.

Cáritas Arquidiócesis de México (S.F.) *Prevención, Reducción del Daño y Cura de las Farmacodependencias. Experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en la acción*. México: Cáritas Arquidiócesis de México IAP

Clinical Care Options (2007) *National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention. Reporte Anual 2007*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Estados Unidos.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2006) *Glosario del VIH/SIDA*. Quinta Edición. AIDSinfo. Estados Unidos.

Departamento de Justicia. National Drug Intelligence Center. *Crack de cocaína. Datos rápidos*. Extraído el 23 de julio de 2010 desde: [http://www.usdoj.gov/ndic/pubs3/3978/index\\_spanish.htm](http://www.usdoj.gov/ndic/pubs3/3978/index_spanish.htm)

Guerra, Luis y Parras, Francisco. (2000) *La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos*. Extraído el 15 de octubre de 2008 desde: [http://www.nexusediciones.com/pdf/ee2000\\_1/s-2-1-001.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/ee2000_1/s-2-1-001.pdf)

IIDH (2005). *Derechos humanos y VIH/SIDA: Jurisprudencia del sistema interamericano y análisis comparativo del marco jurídico interno relativo al VIH en los países centroamericanos*. San José: IIDH.

Jacques Fellay, Karim Boubaker, Bruno Ledergerber, Enos Bernasconi , Hansjakob Furrer, et al. (octubre 2009). *Prevalence of adverse events associated with potent antirretroviral treatment: Swiss VIH Cohort Study*. THE LANCET. Vol 358.

Marco, A., Knobel, H., Guelar, A. (2000) *La adhesión al tratamiento antirretroviral: una perspectiva global del problema y posibles soluciones*. Enfermedades Emergentes 2000: 2 (1) pp. 45-53. Centro Penitenciario de Hombres en Barcelona. Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora del Mar de Barcelona. España.

Melillo, Aldo y Suárez Ojeda, Néstor (comp.) (2003). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Milanese, Efrem (2009). *Tratamiento Comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. México: Plaza y Valdés Editores.

Milanese, Efrem (edit.) (2006). *Fármaco dependencia y reducción de daños. Segundo Seminario de Expertos 2002*. Mexico: Plaza y Valdés.

Moscovici, S. (1999) *Chronique des années égarées*. París: Editorial Polirom.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2010). *Serie de reportes de investigación. Abuso de la marihuana*. Extraído el 23 de julio de 2010 desde: <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Marihuana/marihuana2.html>



National Drug Intelligence Center (NIDA) (2010). *Crack de cocaína. Datos rápidos*. Extraído el 14 de julio de 2010 desde [http://www.usdoj.gov/ndic/pubs3/3978/index\\_spanish.htm](http://www.usdoj.gov/ndic/pubs3/3978/index_spanish.htm)

Noletto, D. (2007) *Directrices para el fortalecimiento de las acciones de adherencia al tratamiento para personas que viven con VIH y Sida 2007*. Ministerio de Salud, Secretaría de Vigilancia de la Salud Programa Nacional de ITS y Sida. Brasilia, Brasil.

ONUSIDA (2006) Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Información Básica sobre el VIH/SIDA*. Bogotá, Colombia: ONUSIDA.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega* (2004). Extraído el 14 de julio de 2010 desde <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page119-es.html>

ONUSIDA-OMS. *Resumen de la epidemia mundial de SIDA. Diciembre de 2004. Informe anual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Nueva York: ONUSIDA.

Ottoboni, Mario (2002). *¿Vamos a matar al criminal? Método APAC. Confraternidad Carcelaria Internacional*. Washington: CCI.

Ortega, Gisela. *La mujer necesita otra educación (el hombre también)*. (2008) Extraído el 19 de julio de 2010 desde <http://www.mujereshoy.com/secciones/3375.shtml>

Ruiz, Jaime; Espinosa, M<sup>a</sup> Angeles; Ochaita, Esperanza; Llaquet, Purificación (2001). *Derechos y necesidades de la infancia*. CEAPA, Madrid.

Santos Corraliza, E. y Fuertes Martín, A. (2006). *Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento*. An. Med. Interna (Madrid). Vol. 23, no. 7.

Universidad del Sagrado Corazón. *Crack y Cocaína* (s.f.). Extraído el 14 de julio de 2010 desde [http://www.sagrado.edu/lared/docs/crack\\_coca.html](http://www.sagrado.edu/lared/docs/crack_coca.html)

Touzé, Graciela (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Touzé, Graciela (comp.). (2008). *Visiones y actores del debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) (2008). *Esquema de Tratamiento del Ministerio de Salud de Perú*. Extraído el 18 de julio de 2010 desde: <http://medicina.unmsm.edu.pe/farmacologia/0032%20Trat%202.html>

Universidad del Sagrado Corazón (2010). *Crack y Cocaína*. Extraído el 19 de julio del 2010 desde: [http://www.sagrado.edu/lared/docs/crack\\_coca.html](http://www.sagrado.edu/lared/docs/crack_coca.html)

Websalud (2010). *Sulfonamidas y trimetropin*. Extraído el 18 de julio del 2010 desde: [http://www.websalud.cl/Infectologia/Infectologia/Sulfonamidas\\_y\\_trimetropin/](http://www.websalud.cl/Infectologia/Infectologia/Sulfonamidas_y_trimetropin/)